



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

LARISSA DOS SANTOS ALMEIDA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES GESTANTES.**

BRASÍLIA- DF

2017

LARISSA DOS SANTOS ALMEIDA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES GESTANTES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília, como requisito parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ma. Maria Elaene Rodrigues
Alves

BRASÍLIA

2017.

LARISSA DOS SANTOS ALMEIDA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES GESTANTES.**

Aprovado em: 06 de dezembro de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Ma. Maria Elaene Rodrigues Alves (orientadora)

Profa. Dr^a. Kênia Augusta Figueiredo (Membro Interno)

Profa. Dr^a Míriam de Souza Leão Albuquerque (Membro Interno)

A todas trabalhadoras, negras e guerreiras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao pai, amigo, confidente e fiel guia Deus que em sua infinita misericórdia me proporcionou chegar até aqui sendo minha fortaleza e luz nos momentos de dúvidas e angústias.

Aos anjos em forma de família enviados a terra para de mim cuidar e guiar, minha amada mãe Madalena que mesmo diante de todas as suas lutas diárias buscou sempre me proporcionar o melhor.

A minha tia Lila que foi a grande incentivadora e investidora para que eu realizasse minha primeira graduação em uma instituição pública e de qualidade, me motivando a nunca desistir acreditando na minha capacidade de ir sempre além.

A minha irmã de coração Maria Giulia que sempre acreditou em mim me encorajando a continuar firme, estando presente e me acalentando nas horas mais difíceis.

Agradeço ao grande presente que ganhei durante esses anos de UnB, saudoso Paulo que com sua amizade e sua experiência me proporcionou obter uma visão ampliada, mais alegre e também mais complicada de mundo.

Agradeço as amigas, Victória, Caroline, Aline, Jéssika, Débora, Clarissa e Amanda que juntamente comigo experimentaram as aventuras e desventuras da graduação servindo de apoio para enfrentar as adversidades que surgiam a cada nova etapa.

Agradeço ainda ao Programa de Educação Tutorial em Serviço Social pela aprendizagem e oportunidade de conhecer pessoas na qual quero levar para a eternidade, Naira, Júlia e Kessy.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Maria Elaene que com toda paciência me guiou durante a realização deste trabalho, entendendo meus limites e possibilidades.

Agradeço a Prof.^a Dr.^a Ailta por me mostrar outras vertentes, outros olhares o exemplo de determinação, sabedoria e simplicidade.

A Solange minha supervisora de estágio que me orientou e participou de um dos processos mais decisórios da minha vida profissional fazendo com que eu me identificasse com a política de saúde, me mostrando outros horizontes.

*“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir
ouficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais
importante é o decidir.”*

Cora Coralina

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar como as políticas públicas vigentes de saúde tem se articulado para atender as adolescentes gestantes no Distrito Federal. Os dados desta pesquisa que se apresenta de maneira qualitativa foram obtidos através de pesquisa extensa no site do DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde a pesquisa neste site durou dois meses desde a coleta dos dados à compilação das tabelas. Foi analisado o quantitativo de adolescentes gestantes que durante o ano de 2015 utilizou-se da política de saúde, neste trabalho o foco será na região do Distrito Federal, porém para discutir sobre estes números é necessário compreender também como a gravidez na adolescência se configura nas cinco regiões do Brasil com o objetivo de analisar o quantitativo de adolescentes gestantes que se utilizaram da política de saúde no ano de 2015 no Distrito Federal. A pesquisa buscou identificar como a gravidez na adolescência afeta as relações sociais, sobretudo das mães adolescentes, abordando também as diferentes configurações que estão postas entre maternidade e a paternidade. O trabalho identifica a dificuldade de se falar sobre sexualidade e métodos contraceptivos por parte das famílias das (os) adolescentes. Esta pesquisa busca ainda apontar para os índices de evasão escolar a partir de outras pesquisas articulando-se com a política de educação, e a dificuldade no acesso a serviços públicos como a creche para as crianças de 0 à 5 anos podendo este fator ser um agravante para que as mães e pais adolescentes abandonem a escola.

PALAVRAS- CHAVE: Gravidez na adolescência; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how the current public health policies have been articulated to meet the pregnant adolescents in the Federal District. The data of this research that is presented in a qualitative way were obtained through extensive research on the DATASUS website - Department of Informatics of the Unified Health System. It was analyzed the quantitative of pregnant adolescents who during the year 2015 used health policy, in this work the focus will be in the region of the Federal District, however to discuss these numbers it is necessary to understand also how pregnancy in adolescence is configured in the five regions of Brazil with the objective of analyzing the quantitative of pregnant adolescents who used health policy in the year 2015 in the Federal District. The research seeks to identify how pregnancy in adolescence affects the social relations especially of adolescent mothers, also addressing the different configurations that are placed between maternity and paternity. The study identifies the difficulty of discussing sexuality and contraceptive methods by the families of the adolescents. This research also seeks to point to the school dropout rates from other research, articulating with the education policy mainly the difficulty in accessing public services such as day care for children from 0 to 5 years old, this factor being an aggravating factor for mothers and fathers to drop out of school.

KEY WORDS: Teenage pregnancy; Public policy; Health Unic System

LISTA DE SIGLAS

CF- Constituição Federal de 1988

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DF- Distrito Federal

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescentes

HMIB- Hospital Materno Infantil de Brasília

LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA- Lei Orçamentária Anual

PIB- Produto Interno Bruto

PPA- Plano Plurianual

PROSAD – Programa Saúde do Adolescente

**SEDESTMIDH - Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social,
Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos**

SUS- Sistema Único de Saúde

UnB- Universidade de Brasília

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Projeto de Lei Orçamentária Anual 2015.....	45
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quantidade de nascimentos nas cinco regiões brasileira tendo as mães idade entre 10 a 14 anos.	19
Tabela 2- Quantidade de nascimentos nas cinco regiões brasileira tendo as mães idade entre 15 a 19 anos.	19
Tabela 3 - Quantidade de gestações entre a faixa etária de 10 a 14 anos de idade no Distrito Federal em 2015.	25
Tabela 4 - Quantidade de gestações entre a faixa etária de 15 a 19 anos no Distrito Federal em 2015.	25
Tabela 5 - Tempo de escolaridade das mães adolescentes com idade entre 10 e 14 anos no Distrito Federal.	27
Tabela 6 - Tempo de escolaridade das mães adolescentes com idade entre 15 e 19 anos no Distrito Federam em 2015.	27
Tabela 7- Total de nascidos vivos com mães de todas as faixas etária no Distrito Federal em 2015.	49
Tabela 8 - Nascidos Vivos no Distrito Federal em 2015	50

Sumário

Introdução	14
CAPÍTULO I- DESVENDANDO OS CONCEITOS DA ADOLESCÊNCIA	17
1.1 Desvendando os conceitos da adolescência	17
1.2 Gênero e sexualidade na adolescência	20
1.2.1 Sexualidade.....	21
1.2.2 Planejamento familiar	24
1.3 Educação e evasão escolar	26
1.3.1 Exercícios domiciliares	28
1.3.2 Importância das creches	29
1.3 Desigualdades sociais, raciais e de acesso	30
CAPÍTULO II- A POLÍTICA DE SAÚDE.....	33
2.1 A política de saúde e a adolescência no Brasil	33
2.2 O papel das políticas públicas e sociais	36
2.3 O PROSAD	39
2.4 Orçamento da Saúde	42
CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	46
3.1 Metodologia.....	46
3.2 Discussão.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso que será apresentado ao Departamento de Serviço Social, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em serviço social, tem como objetivo geral apresentar como estão configuradas e articuladas as políticas públicas de saúde para adolescentes gestantes no Distrito Federal.

Como objetivo específico tem-se a pretensão de sinalizar o quantitativo de adolescentes gestantes nas cinco regiões brasileiras e de forma aprofundada no Distrito Federal, buscando ainda atenuar as diferenças atribuídas à maternidade e paternidade na adolescência, com vistas também a destacar como as políticas públicas e sociais se configuram de forma seletiva e focalizada.

A pesquisa social como afirma Ianni (2011), não se apresenta como algo que trará soluções rápidas e respostas completas resolvendo imediatamente os problemas apresentados pela sociedade e por outros pesquisadores, a pesquisa social se apresenta neste sentido como algo que entende a realidade social¹ esta que se modela de diferentes maneiras se apresentando como contraditória sendo particular a cada indivíduo cultura e sociedade.

O sociólogo Pedro Demo (1995) nos propõe indagar sobre os limites da ciência explicitando que há uma necessidade de fazer pesquisa, afirmando que a realidade não foi esgotada, havendo assim a importância de se levantar questionamentos sobre o que está a nossa volta.

A pesquisa social depende sobretudo de aspectos estruturantes que limita e explora cada fase e ponto importante da pesquisa que se sucederá, desta maneira se faz necessário que haja conceitos claros e específicos devendo a hipótese ter uma base conceitual teórica que a sustente. O presente trabalho tem como objetivo geral compreender como está caracterizado os serviços de saúde pública para adolescentes gestantes, e como os serviços oferecidos pelo aparato público no Distrito Federal no ano de 2015 a partir dos dados podem ajudar a pensar como estão postas as políticas

¹ A Ciência é um modo possível de ver a realidade social como afirma Pedro Demo (1995) não é o único nem o final.

públicas de saúde para esta população. Para se chegar ao destino esperado desta pesquisa será necessário abordar e problematizar pontos fundamentais que englobam o tema da gravidez na adolescência.

A educação escolar quando ligada a este fato se apresenta de maneira central, porém se faz necessário e fundamental que esta pesquisa seja realizada com o intuito de proporcionar uma reflexão para seus leitores e, sobretudo para seu autor, não sendo requerido que a pesquisa se configure apenas ao nível do que está aparente a todos, sendo necessária uma visão crítica e dialética do que se apresenta como real e imutável, problematizando sempre o que está dado como natural, sobretudo para as parcelas mais pobres da sociedade.

Para poder compreender como as relações sociais e de gênero se configuram durante a gravidez na adolescência, será abordado como está posto o papel da paternidade na adolescência como o gênero tem determinado e se apresentado para as adolescentes gestantes e qual a influência e a frequência que os (as) adolescentes tem tido acesso a informações como: métodos contraceptivos, orientações sobre sexualidade e gênero, planejamento familiar e acesso a escolarização.

E, apesar dessa precariedade, muitas não percebem sua condição de mulher, subordinada e explorada nesta sociedade, o que contraria a enorme necessidade de organização dessas mulheres para lutarem por uma nova ordem societária. (CISNE,2002, p. 2)

O presente trabalho de conclusão de curso visará por meio de embasamento teórico e com os dados do site DATASUS² relacionar e atenuar como está configurada e apresentada a gravidez na adolescência e respectivamente como está construída a relação de gênero e as políticas públicas para adolescentes gestantes, levando-se em

²A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

Para alcançar tais objetivos foi criado o Departamento de Informática do SUS DATASUS. A partir de 2011 o DATASUS passa a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto Nº 7.530 de 21 de julho de 2011 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

FONTE: Site DATASUS

conta como a realidade social influencia cada mãe adolescente e o contexto social e urbano a qual está submetida.

O Serviço Social se apresenta neste sentido como um mediador das relações sociais ambivalentes que surgem a todo instante na sociedade contemporânea, mediando conflitos aparentemente novos ou ainda conflitos anteriores aos profissionais de serviço social e ao próprio Serviço Social.

Este trabalho está estruturado em três capítulos, o primeiro capítulo aborda como estão atribuídos e caracterizados os conceitos da adolescência e desafios já o segundo capítulo trata da história da política de saúde no Brasil e as políticas específicas para adolescentes e por fim o terceiro capítulo que apresenta a metodologia para que este trabalho fosse elaborado assim como os resultados encontrados discussões e considerações finais.

CAPÍTULO I- DESVENDANDO OS CONCEITOS DA ADOLESCÊNCIA

1.1 Desvendando os conceitos da adolescência

Conforme retratado nas Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente 1993, recomenda-se que não seja realizado o estudo separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do adolescente, sendo, porém, indissociáveis.

Neste trabalho de conclusão de curso será usada a classificação de adolescência conforme propõe o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA LEI 8.069 de 13 de julho de 1990. A adolescência se caracteriza de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente como:

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Este trabalho busca desta maneira articular como estão postas na sociedade brasileira especificamente no Distrito Federal as políticas de saúde as relações de gênero e de classes sociais atenuando ainda como estão caracterizadas essas políticas públicas de saúde para adolescentes gestantes e de que modo os adolescentes caracterizam e enfrentam a sexualidade nesta etapa de sua vida, havendo desta maneira uma associação entre classe social gênero e a gravidez na adolescência.

A adolescência e a juventude são significadas de maneiras diversas nas culturas que as designam, bem como em meio a cada grupo, sendo, em última instância, particularizadas em cada sujeito, em vista da singularidade do processo de constituição de cada um. As experiências vividas pelos jovens são plurais, bem como os sentidos atribuídos a tais experiências, sendo que o processo de constituição envolve uma multiplicidade de aspectos, tais como a etnia, a classe social, as tradições culturais e religiosas, a orientação sexual, entre outros, que particularizam cada adolescente. (ORLANDI E TONELI, 2008, p.318)

A adolescência e a puberdade se manifestam quase que comumente, porém cada uma tem suas características específicas conforme orienta as normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente 1993 p.17 A puberdade é um fenômeno universal e, em

condições de normalidade, tem seus limites (início e fim) estabelecidos, dentro de uma margem de variação em função de fatores internos e externos inerentes a cada indivíduo. Já a adolescência, embora seja um fenômeno individual, tem características que variam conforme o ambiente sociocultural do indivíduo e é difícil de mensurar os seus limites (início e fim). Nem sempre o início da puberdade coincide com o da adolescência podendo suceder ou proceder as transformações psicossociais.

A gravidez na adolescência não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro. Acompanhando uma tendência internacional, ela assume, entre nós, sobretudo nas últimas décadas, o estatuto de problema social, para o qual convergem a atenção dos poderes públicos, de organismos internacionais e da sociedade civil”. (HEILBORN et al 2002 p. 16)

No Brasil, sobretudo nos grandes meios midiáticos a gravidez na adolescência é vista apenas como um problema de cunho moral sendo por vezes desatrelado aos demais fatores estruturantes como classes sociais, gênero e divisão sexual do trabalho características fundantes que incidem sobre esta temática, uma questão importante de se ressaltar é como se dá a autonomia das adolescentes e como a exercem em seus relacionamentos.

A gravidez é uma transição que integra o desenvolvimento humano, mas revela complicações ao ocorrer na adolescência, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças na identidade e nova definição de papéis – a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente. Evidentemente, o mesmo processo de mudança de papéis e identidade se verifica no homem e a paternidade também deve ser considerada como uma transição do seu desenvolvimento emocional. (MOREIRA et.al 2008. p.315)

Este trabalho como citado anteriormente tem o intuito de destacar como a gravidez se configura no Distrito Federal no ano de 2015, porém é necessário explicitar como a gravidez na adolescência se apresenta nas demais regiões do Brasil. Observa-se na tabela 1 o número de mães adolescentes entre 10 e 14 anos de idade nas cinco regiões do Brasil.

Tabela 1- Quantidade de nascimentos nas cinco regiões brasileira tendo as mães com idade entre 10 a 14 anos.

Região	Ano	Idade da Mãe	Quantidade
Norte	2015	10 a 14 anos	5.014
Nordeste	2015	10 a 14 anos	10.064
Sudeste	2015	10 a 14 anos	7.081
Centro oeste	2015	10 a 14 anos	2.050
Sul	2015	10 a 14 anos	2.491
Total			26.700

Fonte: DATASUS 2015

Observa-se que o número total de casos de gravidez na adolescência é de 26.700 em todo o Brasil sendo verificado que a região com os maiores índices de gravidez na adolescência é a região Nordeste (10.064), seguida pela região Sudeste (7.081), Norte (5.014), Sul (2.491) é por fim o Centro Oeste com (2.050) casos. Já entre 15 e 19 anos de idade a região brasileira que mais apresenta casos de gravidez na adolescência é o Sudeste conforme aponta a tabela 2. Nota-se ainda que a região Centro Oeste é a que menos apresenta casos de gravidez na adolescência.

Tabela 2- Quantidade de nascimentos nas cinco regiões brasileira tendo as mães com idade entre 15 a 19 anos.

Região	Ano	Idade da mãe	Quantidade
Norte	2015	15 a 19 anos	77.098
Nordeste	2015	15 a 19 anos	170.122
Sudeste	2015	15 a 19 anos	172.251
Centro Oeste	2015	15 a 19 anos	41.319
Sul	2015	15 a 19 anos	60.074
Total			520.864

Fonte: DATASUS 2015

1.2 Gênero e sexualidade na adolescência

Conforme aponta (CISNE 2002) o conceito de gênero vai além do sexo sendo incumbindo de outros fatores que não podem ser tratados de maneiras isoladas, tendo neste sentido a classe social uma efetiva realização de segregação entre mulheres brancas e negras ricas e pobres.

É certo que o gênero não possui apenas sexo, mas possuiu classe, raça, etnia, orientação sexual, idade, etc. Essas diferenças e especificidades devem ser percebidas. No entanto, dentro desta sociedade, não podem ser vistas isoladas de suas macrodeterminações, pois, por mais que “o gênero una as mulheres”, a homossexualidade una gays e lésbicas, a geração una as(os) idosas(os) ou jovens, etc., a classe irá dividi-las(os) dentro da ordem do capital. A classe é pois, quem determina como essas mais variadas expressões de opressões irão ser vivenciadas por esses sujeitos. Assim, é que uma mulher da classe dominante explora uma mulher da classe trabalhadora, uma idosa pode explorar outra idosa, uma negra pode explorar outra negra. Os movimentos sociais devem, portanto, ter como cerne a luta de classes. (CISNE, 2002, p.3)

No Brasil as discussões de gênero ganham escopo a partir de 1991, porém (CISNE 2014) argumenta que é preciso ir além da análise proposta por Scott.

As discussões de gênero são difundidas fortemente no Brasil a partir da tradução do texto de Joan Scott: “Gênero: uma categoria útil para análise histórica”, realizada pelo SOS Corpo, em 1991, tornando-se um marco referencial para a produção e a atuação política feministas. Desde então, o conceito de gênero e os chamados estudos de gênero passaram a ganhar forte espaço no feminismo brasileiro em detrimento dos chamados anteriormente “estudos feministas” ou mesmo “estudos sobre a mulher”. Aqui, surge nossa primeira inquietação com o conceito de gênero: a ocultação do sujeito político mulher que esse conceito, muitas vezes, dilui ou mesmo substitui. Outra forte inquietação é a utilização do conceito de gênero de forma isolada de relações estruturantes do ser social, com destaque para a classe social. (CISNE, 2014, p.134)

Para tanto é imprescindível reconhecer a mulher enquanto um sujeito político, porém nem sempre isto ocorre. A categoria gênero, portanto deve quando analisada ser relacionada com outros fatores estruturantes.

Portanto, que o conteúdo do conceito de gênero, se apartado das relações sociais de classe e “raça”/etnia e da luta pela

erradicação das explorações e opressões daí decorrentes, pouco oferece como “arma da crítica”.(CISNE, 2014, p.146)

Saffiotti (2004) apresenta gênero como algo que ao mesmo tempo é considerado fácil de ser compreendido pode ser também complicado, indo para além do conceito gramatical:

Assim, se gênero é um conceito útil, rico e vasto, sua ambiguidade deveria ser entendida como uma ferramenta para maquiagem exatamente aquilo que interessa ao feminismo: o patriarcado, como um fato inegável para o qual não cabem as imensas críticas que surgiram (SAFFIOTTI, 2004, p.136).

Desse modo, gênero vai além do patriarcado, existente anteriormente a ele. Também afirma que, com a industrialização e o sistema capitalista, essa dominação se intensificou. Através da concepção de gênero, é nítido ver que homens e mulheres exercem papéis diferentes no que tange à sociabilidade e que esses papéis estão interligados para o funcionamento do sistema. Sendo assim, a figura masculina exerce papéis mais valorizados e reconhecidos, impondo-lhes poder.

Segundo (SCOTT 1995. p.21) a definição de gênero tem duas partes e várias sub-partes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder

1.2.1 Sexualidade

Segundo (ABRAMOVAY; et.al 2004), a iniciação sexual na adolescência é caracterizada como um rito de passagem da infância para a juventude, fase esta que é incumbida de incertezas, medos e constantes dúvidas acerca desse novo universo a ser desvendado. Pode-se identificar também que durante o processo acerca da iniciação sexual entre jovens e adolescentes há uma constante busca por autonomia.

Mas a busca por autonomia não se realiza apenas por tornar-se homem ou mulher adultos, de acordo com parâmetros ou trajetórias pré-estabelecidas, ou o que se costuma referir como maturidade – ser como os pais ou mães. Como se vêm

assinalando em textos sobre juventudes, a busca dos jovens por autonomia vem se configurando como uma tendência à emancipação, em particular nestes tempos quando são várias as limitações estruturais de tal processo. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p.68)

Ao falar sobre sexualidade especialmente os profissionais que irão atender a estas demandas se faz necessário compreender as diversas facetas que estão envolvidas neste processo, para além do fator da gravidez na adolescência precoce é devido falar sobre questões sexuais e reprodutivas, como doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar sobre o aborto e métodos contraceptivos.

Visto que houve uma grande difusão sobre estes temas no Brasil, ainda é possível perceber que nem todos tiveram acesso a métodos contraceptivos e informações básicas sobre saúde reprodutiva e sexualidades.

A discussão sobre sexualidade na adolescência tende a ser estigmatizada e proibida nesta fase, onde há uma grande repressão por parte dos responsáveis destes adolescentes, por tanto a sexualidade passa a não ser tratada em espaços que deveriam ser de cunho educador.

O direcionamento de diversos fatores, como o desconhecimento do corpo, a omissão da família/escola sobre assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo, fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não cômicos das implicações de sua vida sexualmente ativa. (MOREIRA et.al 2008.p.315)

Conforme aponta (HEILBORN et al 2002) há uma nítida diferença de instrução familiar entre as classes populares e a classe média

O diferencial de gênero nas classes populares explicita-se ainda no modo como a família lida com a questão da sexualidade e no grau de autonomia, liberdade e privacidade que cada um deles desfruta na casa paterna. Sobre a vida afetiva e sexual dos adolescentes do sexo masculino recai um baixo controle; há indícios de que pais, mães e/ou outros parentes mais velhos patrocinam, quando não incitam, o exercício de sua sexualidade, inclusive dentro de casa. (HEILBORN et al. 2002, p.30)

Destaca-se ainda o fato mencionado por (DEMO 2004 P.156 e 157) onde afirma que sexo é algo natural, tão natural que é um dos traços que temos mais em comum com outros animais. Ao mesmo tempo, na história da humanidade, sexo parece ser algo traumático, complicado e reprimido, por tudo isso, sexo tende a ser visto como proibitivo.

Segundo as Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de 2013, algumas orientações devem ser seguidas como a realização de consultas clínicas, incluindo o pré-natal e puerpério, também exames de rotina, incluindo dois testes para HIV.

Inclusão dos adolescentes nas ações de planejamento sexual e reprodutivo. Incentivar a formação de grupo de adolescentes grávidas incluindo seus parceiros. Notificação, dependendo do caso, a gravidez de adolescente de 10 a 14 anos, guardada as recomendações sobre o sigilo.

Ainda conforme as orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas ressalta-se a importância de orientações quanto a saúde sexual e reprodutiva, como:

Realização de consultas clínicas, encaminhamentos para as referências, se necessário, inclusão de adolescentes e jovens nas ações coletivas, individuais de prevenção e acompanhamento de DST/aids, se for necessário, ofertar e/ou encaminhar para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites, fornecer preservativos sem barreiras, (independentemente de estar cadastrado no programa da UBS ou ter prescrição médica, entre outros entraves burocráticos), disponibilizar métodos anticoncepcionais de emergência, reforçar a dupla proteção, realizar aconselhamento, priorizando os passos de reflexão sobre o contexto de vulnerabilidade de adolescentes e jovens, incluir os/as adolescentes e jovens nas ações coletivas e individuais de planejamento sexual e reprodutivo, orientar os pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e à autonomia do adolescente e verificar as razões da recusa de adolescentes em terem os pais na consulta sobre saúde

sexual se for o caso.(Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas,2013,P.37)

1.2.2 Planejamento familiar

A LEI nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Destaca-se nessa lei a importância do planejamento familiar como parte integrante de um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Cabendo então as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, ao atendimento pré-natal, a assistência no parto no puerpério e ao neonato.

É possível que diante de tanto desenvolvimento urbano e industrial haja adolescentes que não estejam inteirados quando a esta lei que os proporciona maneiras de espaçar por meio do planejamento família uma gravidez indesejada.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Assim, esta lei não pode ser executada somente com a finalidade de controlar as taxas de natalidade. precisando estimular os profissionais e as instituições de saúde e também sociais, condições tanto físicas quanto estruturais para o desenvolvimento de diálogos que proporrá pensamentos reflexivos com os usuários, sobretudo com os/as adolescentes, o exercício consciente da vida sexual e reprodutiva.

As tabelas a seguir 3 e 4 demonstram os números relacionados a reincidência da gravidez na adolescência. Observa-se que entre a faixa etária de 10 a 14 anos no ano de 2015 no Distrito Federal a gravidez se apresentou enquanto única.

Tabela 3- Quantidade de gestações entre a faixa etária de 10 a 14 anos de idade no Distrito Federal em 2015.

Estado	Quantidade de Gestações	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	Única	10 a 14 anos	207
Total			207

Fonte: DATASUS 2015

Já entre as adolescentes de 15 a 19 anos de idade nota-se que há indicadores que apontam para uma segunda e até terceira gravidez somente no período da adolescência.

Tabela 4- Quantidade de gestações entre a faixa etária de 15 a 19 anos no Distrito Federal em 2015.

Estado	Quantidade de Gestações	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	Única	15 a 19 anos	5.377
Distrito Federal	Dupla	15 a 19 anos	84
Distrito Federal	Tripla ou mais	15 a 19 anos	01
Total			5.472

Fonte: DATASUS 2015

Ao tratar sobre a paternidade na adolescência por vezes o papel do pai não tem o mesmo peso e estigma que o papel da mãe adolescente este papel é visto como um aspecto da virilidade masculina sendo a mãe adolescente privada de viver e experimentar a vida em sociedade.

Conforme o contexto histórico no qual a adolescência é produzida, a paternidade e a maternidade na adolescência são significadas, aceitas e reconhecidas de maneiras diferenciadas. Contudo, nas sociedades urbanas ocidentais, especialmente entre as classes sociais com renda média e alta, as motivações ou causas da gravidez na adolescência são apontadas tendendo para uma patologização deste fenômeno. Deste modo, a paternidade pode ser significada como um momento importante no processo de transição da adolescência para a vida adulta, quando implica em novos arranjos no cotidiano do homem, de

modo a favorecer a conquista do status de adulto e de um maior reconhecimento social. (ORLANDI e TONELI, 2008. P.319)

Conforme aponta (BORDIGNON et al. 2014 p.984) o adolescente busca se adaptar ao novo papel de pai, construindo suas características pessoais somadas as características dos ambientes em que convive ao longo da vida. A passagem de um papel para o outro ocorre algumas vezes ao longo de todo o ciclo vital, toda vez que uma pessoa tem sua posição alterada em virtude do meio ou dos papéis e atividades desenvolvidos.

É preciso também reconhecer que aos homens, principalmente adolescentes, dificultasse o exercício da sua paternidade, o que reflete na construção de uma sociedade regida pela divisão de trabalho por gênero, onde historicamente foi delegada à mulher a atribuição do cuidado infantil e a responsabilidade pela vida reprodutiva. (BRASIL 2017, p. 163)

O estudo sobre adolescentes do sexo masculino tende a não ocorrer com tanta frequência, quando comparados ao estudo sobre adolescentes do sexo feminino causando assim um distanciamento e desconhecimento sobre essa temática.

Sendo afirmada essa visão em conformidade com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde p.54. No que se refere aos adolescentes e jovens do sexo masculino, pode-se dizer que sua identidade é submetida a uma “automutilação” por terem que reprimir as partes de sua própria personalidade consideradas femininas.

Além disto, o valor cultural da “honra masculina” gera a necessidade de comprovar a sua virilidade através de demonstrações de força física, valentia, enfrentamento de perigos e brigas, aumentando os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Apesar disto, ainda são minoritários os projetos de investigação e intervenção que incluem também os homens.

1.3 Educação e evasão escolar

O Estatuto da Criança e do Adolescente, LEI Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, visa cumprir a Constituição Federal que assegura à criança e ao adolescente preferencialmente uma educação voltada ao integral desenvolvimento da pessoa, preconizando os direitos fundamentais das crianças e adolescentes. Ou seja, a educação

estabelecida pelo ECA é um elemento essencial e indispensável para efetivação dos objetivos de proteção integral à criança e ao adolescente.

Segundo os dados analisados nota-se que entre as adolescentes de 10 à 14 anos de idade a maior média de instrução escolar se dá de 4 a 7 anos de estudos. Já entre as adolescentes com idade entre 15 e 19 anos observa-se que o nível de instrução escolar é maior.

Tabela 5- Tempo de escolaridade das mães adolescentes com idade entre 10 e 14 anos no distrito Federal em 2015.

Estado	Instrução escolar	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	1 a 3 anos	10 a 14 anos	07
Distrito Federal	4 a 7 anos	10 a 14 anos	160
Distrito Federal	8 a 11 anos	10 a 14 anos	36
Total			203

Fonte: DATASUS 2015

Tabela 6- Tempo de escolaridade das mães adolescentes com idade entre 15 e 19 anos no Distrito Federal em 2015.

Estado	Instrução escolar	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	Nenhum	15 a 19 anos	05
Distrito Federal	1 a 3 anos	15 a 19 anos	67
Distrito Federal	4 a 7 anos	15 a 19 anos	1.825
Distrito Federal	8 a 11 anos	15 a 19 anos	3.301
Distrito Federal	12 anos ou mais	15 a 19 anos	191
Total			268.126

Fonte: DATASUS 2015

Uma pesquisa realizada por Amorim em 2015 demonstrou o despreparo de algumas escolas públicas do Distrito Federal em relação as atividades desenvolvidas para pais e mães adolescentes, as escolas que foram estudadas não possuíam nenhum

projeto destinado a este público alvo, o que poderia ocorrer era a autorização para que as crianças pudessem acompanhar a mãe durante o período escolar.

Em relação ao trato com os meninos que serão pais, todos os profissionais afirmam que não fazem nenhuma ação específica e que na escola não existe nenhum método direcionado para esses casos. Alguns entrevistados declararam que apenas fornecem orientações para esses adolescentes, de que devem vivenciar a paternidade com responsabilidade de assumir a criança e apoiar a adolescente mãe. Assim, como a paternidade, após o nascimento da criança a escola não possui nenhum projeto específico ou direcionado para mães e pais adolescentes. A única ação destacada pelos profissionais é que em alguns casos, as crianças são autorizadas a acompanharem as mães na escola, principalmente se ainda estiverem em processo de amamentação, o que é aconselhável que não aconteça para não atrapalhar o aprendizado da adolescente e dos outros estudantes. (AMORIM, 2015, p.54)

Nota-se conforme estudo realizado por (HEILBORN et al.2002 p.28) que há uma nítida diferença de escolaridade entre adolescentes/ jovens de classes médias e classes populares, havendo um condicionamento de classe com nítido impacto no modo de estruturação das relações sociais e das as trajetórias escolares e de trabalho. Em contraste com a continuidade e o alongamento dos estudos dos jovens de classes médias altas, os percursos escolares das classes populares são muitas vezes breves e marcados por várias repetências e interrupções.

1.3.1 Exercícios domiciliares

A LEI N° 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Esta lei assegura o direito a adolescente gestante que ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares, a partir do oitavo mês de gestação e durante os três primeiros meses de maternidade.

O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola. A grande questão surge quando a licença maternidade desta adolescente termina surgindo a

questão de quem irá fornecerá o cuidado necessário que um bebê necessita durante o período que a mãe estiver na escola.

1.3.2 Importância das creches

A Educação Infantil, é a primeira etapa da Educação Básica, deve ser oferecida em Creche e Pré-escola em estabelecimentos de educação, que se caracterizam como espaços institucionais não domésticos. Constituem-se em estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças de zero a 05 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial. É nessa etapa que a criança tem a possibilidade de se desenvolver da melhor maneira, tendo garantido seus direitos à proteção, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à brincadeira, à convivência e à interação com seus pares etários, com crianças de diferentes faixas etárias e com os adultos, bem como a construção de conhecimentos.

A insuficiência de creches para crianças de 0 a 4 anos é um problema que atinge a população do Distrito Federal. Grande parte dos trabalhadores da região não tem local adequado para deixarem os filhos durante o expediente de trabalho. É importante ressaltar que esse problema atinge principalmente as mulheres devido ao fato de que culturalmente e socialmente esse público é majoritariamente responsabilizado pelo cuidado integral dos filhos. Tal situação sinaliza que 24 mil crianças aguardam vagas em creches no Distrito Federal e ainda que a taxa de desemprego entre as mulheres no período de janeiro a abril de 2015 no DF subiu 1,8%, segundo a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED DF).

Considerando que a construção de creches públicas não acompanhou o intenso processo de urbanização dos últimos anos, dentre as causas identificadas como geradoras do problema destacam-se: a expansão do perímetro urbano (urbanização), que desencadeia a maior necessidade da participação da mulher no mercado de trabalho e leva ao aumento da procura de vagas em creches públicas, porém, por conta da pouca quantidade de políticas focalizadas para crianças de 0 a 4 anos, acaba ocasionando a baixa oferta de profissionais capacitados para trabalhar como cuidadores em creches públicas.

Dentre as consequências da insuficiência de creches públicas para atender a demanda do Distrito Federal destacam-se quatro. A primeira consiste na impossibilidade de ingresso no mercado de trabalho por mulheres que possuem filhos com idade de 0 a 4 anos e que se enquadram como usuárias de creches públicas. A segunda corresponde a exposição das crianças à riscos sociais, considerando que pode sofrer com a ausência de um local adequado para que fique durante um determinado período, desenvolvendo maiores chances de ocorrência de maus tratos, violência sexual e trabalho infantil, visto que a mãe permanece impossibilitada de trabalhar.

O terceiro é a ausência de atividades educativas para crianças de 0 a 4 anos, visto que contribuem além da relação inter geracional, com o desenvolvimento da capacidade cognitiva da criança, que poderá ingressar com mais facilidade no ensino fundamental básico.

A quarta consequência abordada é o aumento de locais privados e sem a qualidade exigida para receberem esse público, e tendo em vista que, por não existirem opções adequadas para deixar as crianças durante um período, facilita e impulsiona a abertura de “creches clandestinas”, o que pode desencadear a segunda consequência e acabar expondo as crianças a diversos riscos sociais e físicos.

1.4 Desigualdades sociais, raciais e de acesso

A desigualdade social pode ser definida como um desequilíbrio no padrão de vida entre os indivíduos de determinado país, seja no âmbito social, econômico, escolar, profissional, de gênero dentre outros. Esse fenômeno afeta principalmente os países intitulados “subdesenvolvidos” como é o caso do Brasil.

Estando a desigualdade social fortemente relacionada com a pobreza que, de acordo com (SCALON, 2011), pode ser compreendida como a privação de capacidades básicas que conduz a vulnerabilidade, exclusão, carência de poder, de participação e voz, exposição ao medo e a violência, ou seja, exclusão de direitos básicos e de bem-estar.

Ao longo do tempo, o governo busca alternativas para amenizar o nível de desigualdade no país, utilizando-se de novas formulações e implementações de políticas

públicas que possibilitem uma distribuição mais equitativa dos recursos sociais, ainda que seletivas e focalizadas.

A concepção hegemônica no atual debate acerca das desigualdades econômico-sociais tem por objeto, entre outros, a distribuição (pessoal/familiar) de renda, a pobreza, os pobres e as políticas sociais (focalizadas) de combate à pobreza. Esta concepção trás, consigo, inúmeras “armadilhas” teóricas, conceituais e políticas. Essas “armadilhas” deslocam o problema das desigualdades do âmbito da relação entre capital e o trabalho – característica essencial constitutiva da sociedade capitalista - para o âmbito exclusivo (interno) da classe trabalhadora e suas diferenças. (FILGUEIRAS e GONÇALVES, 2009, p.107)

No Brasil a desigualdade social é vista como algo natural condicionada apenas ao nível econômico, sendo desvinculada de outros fatores agravantes como a educação esta que enquanto política pública se apresenta de maneira precária e desestruturada em algumas regiões do Brasil, impossibilitando assim que estudantes consigam usufruir e se apropriar dos conhecimentos que podem ser adquiridos a partir da educação básica esta que apresenta enquanto universal, porém desprovida de qualidade e atenção e cobertura em todos os municípios do Brasil.

Ao pensar as desigualdades não se deve ater o debate somente no nível dos recursos físicos, priorizando e destacado como a população tem acesso aos recursos humanos.

Neste sentido, a concepção hegemônica destaca razões explicativas mais aparentes e imediatas como a distribuição desigual, entre os indivíduos e as famílias, do estoque de “capital humano” existentes (educação, saúde, instrução, escolaridade, qualificação), e os distintos níveis de capacidade dos indivíduos e famílias em adquiri-lo. Portanto, a desigualdade e a pobreza decorrem, fundamentalmente, do maior ou menor acesso, à educação e à saúde. (FILGUEIRAS e GONÇALVES, 2009, p.108)

Para além das desigualdades econômicas e sociais é preciso ressaltar como em um sistema universal como o SUS evidencia-se também desigualdade nos acessos conforme aponta (PEREIRA 2016 P.28). Um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial.

O racismo se configura com uma das questões fundamentais no Brasil tanto pelas características assumidas no país quanto pela história de desigualdades provocadas por este fenômeno em

várias dimensões da vida cotidiana como renda, saúde, trabalho e educação. Durante muitos anos houve uma naturalização de tais desigualdades, uma invisibilização da questão racial e uma negação da marginalização dos negros. Este contexto só foi possível pela afirmação da democracia racial, ideologia que prevaleceu entre 1930 e 1970, baseada na crença de que no Brasil havia uma convivência harmoniosa entre brancos e negros, uma vez que formalmente não ocorreu segregação e racismo, como nos Estados Unidos. (PEREIRA 2016, P.41)

Afirma ainda a importância de caracterizar como o racismo interfere e ainda se sobrepõe diante de alguns setores da sociedade brasileira reiterando como o mito da democracia racial se estrutura no Brasil. No capítulo a seguir será abordado como se articulou a política de saúde no Brasil a partir da década de 1920 como a Constituição Federal de 1988 desenvolveu um importante papel, assegurando a saúde à todos enquanto um direito e como surgiu no cenário brasileiro preocupações acerca da saúde dos (as) adolescentes.

CAPÍTULO II- A POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 A política de saúde e a adolescência no Brasil

Conforme a plataforma digital (PENSESUS 2017) a Organização Mundial de Saúde (OMS), relaciona os determinantes sociais da saúde às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Inicialmente quando a Política de Saúde foi concebida no Brasil, na década de 1920 não sendo anteriormente caracterizada com universal, nota-se neste período práticas clientelistas e filantrópicas.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. (BRAVO, 2000 p.3)

Percebe-se que havia a necessidade de ampliação dos serviços no Brasil não somente de saúde, mas também previdenciários dentre outros. Começa a questionar-se como a saúde do trabalhador pode influenciar na sua mão de obra, surgindo então na década de 1930 meios de garantir que este trabalhador tenha o mínimo para ser capaz de sobreviver e produzir no meio capitalista. Estando sempre atentos que não eram todos os trabalhadores e categorias de emprego que eram amparadas por este tipo de contribuição.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios

eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2000 p.3)

Ressalta-se que é na década de 1930 que há uma grande expansão e abertura dos mercados favorecendo o processo de industrialização e modernização no Brasil, intensificando-se as jornadas de trabalhos, logo também havia uma intensificação da precariedade da situação da saúde, da higiene e também do processo de urbanização.

Desta forma as políticas sociais tinham e ainda tem como público alvo os mais pobres se apresentando como um instrumento que aguça a prática do clientelismo.

A política social focalizada, materializada em programas governamentais específicos, e direcionada a determinado público-alvo eleito (os pobres), tem como características primeiras, que precede todas as demais, o fato de não ser uma política de Estado- que por definição, independe do governo do momento. Portanto, a sua marca maior não é se construir em um direito social, inscrito na Constituição, e, assim, reconhecido política e juridicamente. Por isso, torna-se um instrumento poderosíssimo de manipulação político eleitoral e clientelismo. (FILGUEIRAS E GONÇALVES, 2009, p.106)

Em 1930 no governo de Getúlio Vargas o Estado passa a intervir no campo social com a finalidade de manutenção da ordem e garantir a adesão da classe trabalhadora ao Estado. Prevalece uma política autoritária e repressiva a partir de uma legislação social com controle dos sindicatos e partidos políticos e uma política populista.

O conjunto da intervenção estatal sofre uma inflexão. Focalização, privatização, descentralização, empreendedorismo, parcerias públicos/privados, participação e assistencialismo passam a compor o novo léxico intervencionista e das políticas sociais. (NOGUEIRA, 2009, p.74)

É importante sinalizar que os ganhos advindos das legislações trabalhistas, como a lei Eloy Chaves de 1923 que institui as caixas de aposentadoria e pensões, são restritos aos trabalhadores formais, os trabalhadores informais eram excluídos das conquistas previdenciárias sendo alvo de intervenções filantrópicas não organizadas

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO,2000. P.4)

Com a promulgação da constituição de 1988 tem-se um marco para a implementação da política de saúde, previdência e assistência social, colocando-as como políticas públicas que compõe a Seguridade Social. Essa conquista se deve a luta da sociedade e dos movimentos sociais após a ditadura militar.

Contudo o contexto da época e com o surgimento e a consolidação dos ideais neoliberais não deu-se condições para que a constituição de 1988 de fato fosse materializada. Inicia-se o processo conhecido como contrarreforma com índices elevados de privatizações, desresponsabilização do Estado e ações extremamente focalistas.

Houve na década de 1990 a pretensão de privatizar os serviços sociais e consequentemente as seguridades sociais, passando toda a gestão para o âmbito privado tirando do Estado a responsabilidade de gerir e executar os serviços.

Antes mesmo de ser completamente implementada, a seguridade social brasileira já era vítima de críticas referentes a sua incapacidade de acabar com o descompasso existente entre as legislações avançadas e a proteção real garantida aos trabalhadores pobres desempregados e excluídos do acesso aos direitos sociais. A dificuldade de garantir condições mínimas de manutenção da vida a toda a população deixa em abeto o debate sobre formas públicas de resposta à “questão social”. (BOSCHETTI, 2008, p.282)

Em 1993 temos a criação do Fundo social de emergência em 1995 o Fundo de Estabilização Fiscal e em 2000 o DRU, há a criação também do plano real e a política

monetária de juros. Começa então a ser elaborado no mandato de FHC com a reestruturação administrativa para o capital em prol do liberalismo econômico, a crise fiscal seria igual a crise do Estado crescente perda e poupança pública negativa.

A reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito a várias áreas do governo, a reforma tem sua administração voltada à cidadania com foco na privatização e publicização. A descentralização tem por foco tirar do Estado a obrigação para com os serviços sociais o cidadão como cliente, consumidor perspectivas reduzidas a ideia das agências reguladoras.

Compreende a seguridade social um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Tinha-se a visão da saúde como algo restrito, estando relacionada somente a doença o indivíduo era inebriado de culpa por se encontrar em tal situação.

Havendo a ruptura do modelo “médico-assistencial privatista” e a implementação do modelo nacional universal. Com isso a sociedade civil ganha força, espaço e voz nos conselhos de saúde, com a grande militância política da época foi possível que no Brasil atualmente os conselhos de saúde estejam presentes na maioria ou em quase todos os municípios brasileiros, sendo efetivada no Brasil a participação social e controle social na área das políticas públicas, exercida de maneira efetiva pela sociedade civil, se concretizando nos conselhos e conferências de saúde.

A Saúde no Brasil é perpetuada por grandes desafios, ainda que tenha como eixo central o SUS- Sistema Único de Saúde sendo o conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada.

2.2 O papel das políticas públicas e sociais

As políticas públicas são então desenvolvidas pelo Estado, asseguram direitos, tem objetivos como de transformação de uma situação existente ou a resolução de problemas sociais “tem como objetivo específico o estudo de programas governamentais, particularmente suas condições de emergência, seus mecanismos de

operação e seus prováveis impactos sobre a ordem social e econômica” (ARRETCHE, 2003, p.8)

Quando as políticas públicas não são suficientes para garantir a inserção das mães e dos pais adolescentes no mercado de trabalho e a continuidade da educação, principalmente para as adolescentes, que ainda são em grande parte responsáveis pelos cuidados com os filhos, cria-se uma situação negativa que influencia fortemente nos determinantes de saúde. Nesse contexto, a gravidez, a maternidade e a paternidade nesse grupo podem tornar-se problemas. (BRASIL 2017, p.163)

A avaliação de políticas, programas e projetos tem se constituído, nas últimas décadas, um desafio crescente. O tema no Brasil tem adquirido maior visibilidade na agenda pública, principalmente a partir dos anos 1980, quando os movimentos sociais começaram a ter maior visibilidade e com a conscientização das massas houve um alargamento das políticas públicas e das políticas sociais, exigindo que destas houvesse a universalização e a transparência na conduta administrativa e financeira.

A partir de meados da década de 1980 houve uma forte iniciativa dos governos, em âmbito continental, e no Brasil, em particular, quanto à incorporação das relações sociais de gênero como base ou como “tema transversal” em suas ações e políticas públicas. (CISNE e GURGEL, 2008, p.78)

Para tanto avaliar políticas, programas e projetos, sobretudo os públicos, é uma condição essencial para obtenção de financiamentos, seguindo três lógicas: eficiência, efetividade e eficácia.

A avaliação da política pública é concebida como ferramenta precípua para alargamento da esfera pública e da participação da sociedade civil, favorecendo ações substanciadas nos princípios da transparência e da democracia entendida como socialização da política. Avaliação é: “estratégia de construção da esfera pública como mecanismo de articulação entre Estado e sociedade civil numa perspectiva de crescente democratização da vida brasileira, em uma nova ordem social que valoriza a universalização dos direitos de cidadania.” (GOMES, 2001, p.31)

Neste trecho (SILVA, 2001) mostra de maneira clara e didática a função real de cada E. Todos os governos, empresas, projetos e programas procuram avaliar suas ações

com base nesses critérios. A avaliação pode ser realizada antes, durante ou depois da implementação do programa.

“Entende-se por eficiência ou rentabilidade econômica, a relação entre os custos despendidos e os resultados do programa; por efetividade, a relação existente entre resultados e objetivos; e por eficácia, o grau em que objetivos e metas foram alcançados na população beneficiária, num determinado período de tempo.” (SILVA, 2001, p.47).

Porém além desta avaliação baseada na eficiência, efetividade e eficácia se torna de extrema importância elencar aspectos contraditórios vivenciados pelo Estado e pelas classes sociais.

Quando entendida como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e classes sociais em cada contexto histórico, a análise das políticas sociais deve tentar superar enfoques restritos ou unilaterais, comumente utilizados para explicar sua emergência, funções ou implicações. Ao privilegiar os impactos das políticas sociais, as análises pluralistas se habituaram ao racionalismo tecnocrático que busca enxergar a eficiência e eficácia, sem discutir a (im)possibilidade de justiça social e equidade no capitalismo, e limitando-se a demonstrar os parcos e limitados impactos de programas específicos em situações bem delimitadas histórica e socialmente. (BOSCHETTI, 2009, p. 5 e 6)

Para além de compreender e avaliar determinada política social e pública é imprescindível compreender a relação entre Estado e Política com uma determinada criticidade, conforme aponta Boschetti;

A avaliação de uma política social pressupõe inseri-la na totalidade e dinamicidade da realidade. Mais que conhecer e dominar tipos e métodos de avaliação ou diferenciar análise e avaliação, é fundamental reconhecer que as políticas sociais têm um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito e que, para exercer essa função, como seu objetivo primeiro, devem ser entendidas e avaliadas como um conjunto de programas, projetos e ações que devem universalizar direitos. Para tanto, toda e qualquer avaliação de políticas sociais (ou de programas e projetos) deve se sobrepor à mera composição de técnicas e instrumentos, e se situar no âmbito da identificação da concepção de Estado e de política social que determina seu resultado. (BOSCHETTI, 2009, p.3)

Quando um projeto é traçado suas metas são estipuladas de acordo com os resultados que se deseja alcançar, porém ao longo do percurso algumas medidas necessitam de alteração, podendo dessa maneira afetar diretamente os resultados esperados.

Um bom exemplo de serviço ofertado (não é caracterizado enquanto uma política pública e social estando inserido na Política Nacional de Assistência Social) para a população é o benefício de auxílio natalidade³ este que é ofertado de maneira eventual e não continuada, visa dar providências as genitoras somente em um determinado período, com caráter focalista.

Conforme aponta (CISNE E GURGEL 2008, p. 73) a década de 1990 é marcada pela ofensiva neoliberal e as contrarreformas eminentes. Os movimentos sociais, sobretudo feministas desempenharam um importante papel para a articulação das políticas públicas ligadas a gênero, dessa forma as mudanças, combinadas com o processo de financeirização do capital e com o neoliberalismo, determinaram as principais transformações ocorridas na relação entre Estado, políticas sociais e movimentos sociais.

2.3 O PROSAD

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, alguns setores da sociedade brasileira observaram a necessidade de elaborar e instituir programas, projetos e políticas para os adolescentes. Cada pessoa se configura um ser social dotado de capacidades e limitações, que juntamente com outros seres sociais estabelecem relações sociais, que cotidianamente tornam a vida em sociedade dinâmica e mutável, dessa forma buscou-se maneiras de integrar os (as) adolescentes nas políticas sociais foi então criado em 1996 o PROSAD⁴ (Programa Saúde do Adolescente).

Conforme aponta a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal surge em 1951 o primeiro programa de medicina do adolescente, que foi em Boston. Em 1989 a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou o PROSAD – Programa de Saúde do

³ Podendo o Benefício de auxílio Natalidade ser concedido nas formas de pecúnia e bens de consumo. Na Forma pecúnia – Será concedido o valor de R\$200,00 (duzentos reais) por nascimento, devendo o requerimento datar de até 90 (noventa) dias da data do nascimento. Na Forma bens de consumo – O requerimento deve datar de até 30 (trinta) dias após a data de nascimento e compreende um kit com itens necessários para o recém-nascido. (Site: SEDESTMIDH Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humano)

⁴ O Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD) tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. (PROSAD, P.6)

Adolescente e em 1991 a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal implantou o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente

O PROSAD buscava se articular de acordo com o princípio da integralidade das ações e serviços que já eram ofertados como saúde e educação, seguindo as orientações do Sistema único de Saúde. Com vistas na política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação no meio social, desenvolvimento e planejamento de práticas educativas e participativas. Tendo seis objetivos que são:

- promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- normatizar as ações nas áreas prioritárias do Programa;
- estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
- estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um sistema nacional de saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente;
- contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal, norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os tabus existentes, somados as normas sociais que não aceitam algumas manifestações sexuais, geram sentimento de culpa e conceitos nos adolescentes que se refletem em um ajuste sexual acompanhado de preocupações e ou problemas (PROSAD 1989, P.17).

O desenvolvimento sexual do adolescente sofre influência dele próprio, da família, de sua cultura, subcultura e de seus companheiros, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o fator mais poderoso para determinar seu comportamento. (PROSAD 1989, P.18)

Para além de trabalhar a saúde reprodutiva com meninas é de extrema importância contemplar adolescentes do sexo masculino. Considerando a importância dos aspectos informativos no desenvolvimento dessa atividade, recomenda-se que se faça o uso de metodologias que tenham cunho educativo, ressaltado a importância de o próprio adolescente ter a capacidade de orientar e informar outros adolescentes assim, como sua rede de apoio social.

Conforme aponta as Normas de atenção à Saúde Integral de Adolescentes 1993 p.12 a avaliação dessa política deve ser realizada periodicamente por uma equipe multidisciplinar designada para executar a supervisão do serviço baseada nas diretrizes do PROSAD.

O SUS é uma nova formulação dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente as leis que a regulamentam, é, portanto, um novo sistema de saúde que está em construção. Há de ser entendido em seus objetivos finais dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, administrado de acordo com as necessidades locais dos usuários e regulado pelas Leis nº 8.080, de 19/9/1990 e nº 8.142, de 28/12/1990.

Sobre a Saúde Conforme a Constituição Federal de 1988

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei.

É notório que no Brasil o modelo proposto e utilizado pelo SUS não é amplamente utilizado por todos aqueles que necessitam, há grandes desafios para que se

consiga de fato a universalização da saúde, observa-se ainda como tem sido constrangedor e desafiador fazer uso pleno do direito à política de saúde, este direito que tem sido mundialmente privatizado deixando à mercê aqueles que precisam do sistema utilizar.

O contexto capitalista em que estamos inseridos contribui sensitivamente para os problemas abordados cotidianamente, a saúde no seu âmbito geral tem se tornado um campo de disputa, tanto no que se diz respeito à qualidade e eficiência quanto nos lucros, tem-se a visão muito deturpada de que os espaços privados possuem uma elevada excelência, desmerecendo assim a saúde no seu espaço público, nos últimos anos o aumento dos contratos vinculados com planos de saúde cresceu assustadoramente, havendo assim um aumento na demanda dos espaços privados de saúde.

2.4 Orçamento da Saúde

Os usuários do sistema público de saúde sofrem as consequências mais severas do processo de privatização da saúde e seu sucateamento, os hospitais, os centros de saúde e diversos espaços da saúde não possuem a infraestrutura ideal para atender o usuário em sua integralidade.

Os grandes cortes orçamentários que sofrem as seguridades sociais e as diversas políticas públicas têm prejudicado gradativamente os atendimentos no setor público seja na saúde, educação, assistência social ou na previdência social afetando de maneira especial os mais pobres.

Pode-se observar que apesar dos cortes e das privatizações de serviços de saúde no ano de 2015 a área da saúde foi a que recebeu mais recurso do orçamento público conforme o gráfico 1 (p.45).

Ao falar sobre políticas públicas se faz necessário caracterizar como são estipulados os recursos para que os serviços ofertados pelo Estado sejam efetivados. estando o fundo público estritamente ligado às políticas sociais, refletindo diretamente no modo de reprodução capitalista e na força de trabalho. Ou seja, são recursos que o

Estado possui, com o poder de intervir de maneira direta e indireta na economia, os recursos são arrecadados sob a ótica dos impostos que são pagos pelos contribuintes de forma desproporcional.

Na verdade, trata-se da substituição das políticas sociais universais (com a extinção de direitos), que exige volume maior de recurso, por políticas sociais focalizadas, que exigem montantes relativamente pequenos de recursos do orçamento. O objetivo, com essa operação, é o de liberar mais recursos financeiros para a obtenção de superávits fiscais primários e o pagamento da dívida pública. Portanto, as políticas sociais focalizadas, além de assistencialistas – funcionalistas e reproduzindo o estado de pobreza e a condição de pobre-, se constituem na contraface do permanente ajuste fiscal exigido pelo capital financeiro aos países da periferia do capitalismo. (FILGUEIROS e GOLÇAVES, 2009, p. 109 e 110)

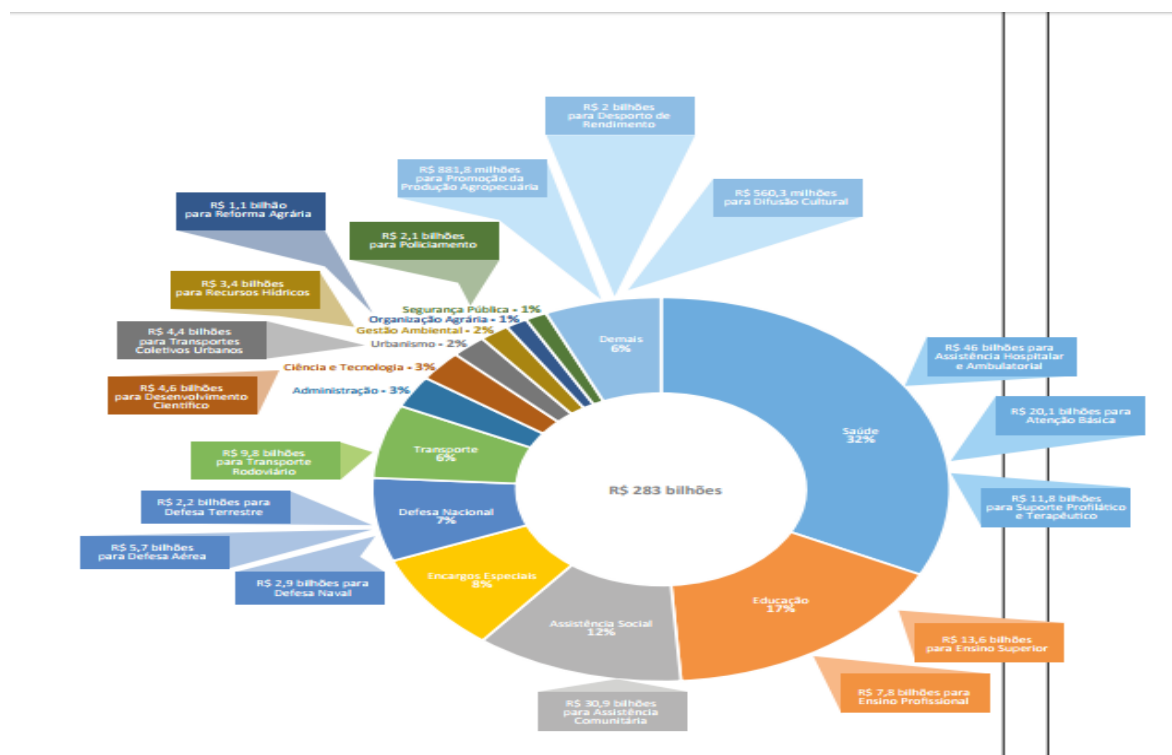
Os recursos são destinados para diversas políticas públicas e sociais. É na lei orçamentária anual LOA, que são indicados onde os recursos serão gastos, seja na área Fiscal, Seguridade Social, Investimento, Refinanciamento, etc. Boa parte do PIB é transferido para socorrer o capital financeiro. As políticas sociais não assumem em plenitude o que seria o seu papel sendo políticas focalizadas e restritivas, e dentro do Tripé da seguridade social também se tem uma desigual distribuição.

O ciclo Orçamentário pode ser definido como um rito preestabelecido, contendo uma série de etapas que se repetem periodicamente, que envolve a elaboração, discussão, votação, controle e avaliação do orçamento. ...os instrumentos orçamentários são o PPA, LDO e LOA. Enquanto o PPA é elaborado a cada quatro anos, a LDO e a LOA são elaboradas anualmente. (BRASIL, 2015. P. 8)

O ciclo orçamentário é um espaço que têm sido um campo de disputa, tendo como referência na execução e elaboração das leis os seguintes poderes: O Poder Executivo que elabora e gerencia. O Poder Legislativo que faz alterações e controla, e a Sociedade Civil controla, participa, reivindica e monitora. Fazendo parte do ciclo orçamentário a PPA que é o Plano Plurianual é a lei que organiza o planejamento do governo para um período de quatro anos, LDO lei de diretrizes orçamentárias que define metas e prioridades para a administração pública a partir do Plano Plurianual, assim

como orientações para elaboração da Lei Orçamentárias e a LOA lei orçamentária anual é elaborada pelo Executivo segundo as diretrizes aprovadas na LDO e estabelece a previsão de receitas arrecadação e despesas gastos do governo para o ano seguinte.

Figura 1-Valores repassados para cada área.



Fonte: Orçamento cidadão 2015

O sistema único de saúde SUS vem passando por um processo longo e extenso de sucateamento, tanto por meio das suas instalações físicas, quanto por recursos financeiros e drasticamente por falta de profissionais da área da saúde, esses problemas afetam diretamente os usuários que necessitam de atendimento. O trabalho se torna polivalente o profissional por necessidade acaba fazendo atividades que não são de sua competência/atribuição.

A Proposta de Emenda Constitucional PEC 241 visa congelar por 20 anos as despesas da saúde e educação, essa proposta afetará diretamente a qualidade e os serviços ofertados pelo SUS. Essa proposta surgiu no governo Temer em 2016, ano em que foi comemorado os 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde esta que foi o ápice para a formulação das diretrizes da política nacional de saúde. A PEC 241 é considerada um retrocesso referente aos avanços que foram conquistados ao longo desses 30 anos de implementação do SUS, é preciso que os usuários dessa política assim como estudiosos e sanitaristas lutem para que os direitos já conquistados não sejam retirados.

CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Metodologia

Esta pesquisa surgiu a priori das inquietações por mim vividas no período de estágio realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília- HMIB, pois era recorrente realizações de orientações com adolescentes gestantes, estas que não eram apenas residentes do Distrito Federal, mas também do entorno de Brasília.

O Hospital Materno Infantil de Brasília conta a priori com três áreas de atuação dos profissionais de serviço social, o NAT- Núcleo de Atenção Terapêutico o PAV-HMIB- Programa de Prevenção aos Acidentes e Violência e por fim o NSS Núcleo de Serviço Social. Inaugurado em 22 de novembro de 1966, o Hospital da L2 Sul, situado na SGAS 608, Módulo A.

Seu funcionamento se deu em 02 de janeiro de 1967, com 5.325 m² e capacidade inicial de 150 leitos, desenvolvendo as atividades nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia.

Ao ser evidenciados casos de adolescentes gestantes usuárias de álcool e outras substâncias a (o) assistente social realiza uma entrevista onde é preenchida a ficha de acolhimento da gestante e é enviada ao NAT (Núcleo de Atenção Terapêutica) para que seja feito acompanhamento com psicólogo, psiquiatra e assistente social.

A maioria das usuárias atendidas possui vínculo familiar neste caso é analisado e levantado dados quanto a situação social podendo ser feito com a usuária ou acompanhante sendo analisado se a família oferece suporte necessário para dar continuidade no tratamento de saúde, orienta-se quanto aos documentos se participa de algum programa social, se necessário é encaminhado relatório social para a Vara da Infância e Juventude.

A gravidez na adolescência e os fatores que a englobam é um tema bom para pensar, discutir e intervir pois perpassa outros temas que recorrentemente são debatidos no âmbito do Serviço Social é um tema que precisa ser investigado.

Conforme aponta Minayo. (1996. p.34) quando escrevemos um projeto, estamos mapeando de forma sistemática um conjunto de recortes. Estamos definindo uma

cartografia de escolhas para abordar a realidade (o que pesquisar, como, por quê). Esta etapa de reconstrução da realidade, entendida aí enquanto a definição de um objeto de conhecimento científico e as maneiras para investigá-lo, traz em si muitas dimensões.

Para tanto esta pesquisa se apresenta como qualitativa⁵ com a seleção de bibliografia especializada na área da adolescência sendo utilizados e aprofundados elementos fundamentais estruturantes para a realização da pesquisa com adolescentes gestantes, abordando temas pilares como a educação e a evasão escolar durante o período da gravidez na adolescência o problema e o agravamento das desigualdades sociais no Brasil e as questões de gênero que estão envolvidas e como as políticas públicas estão voltadas a atender as demandas das adolescentes gestantes

Desta maneira o estudo será realizado e conduzido a priori por meio de análise documental, com textos que possuam relevância acadêmica e, sobretudo afinidade com o tema em questão relatando assim uma relação entre uma região, no caso o Distrito Federal em que vive a adolescente e o grau de escolarização destas adolescentes.

O presente trabalho tem como objetivo analisar como as políticas públicas de saúde tem se articulado para atender as adolescentes gestantes no Distrito Federal, analisando assim como tem se efetivado as políticas públicas de saúde para adolescentes gestantes

Este trabalho foi articulado tendo como base os dados do site do DATASUS onde se tentou traçar uma relação entre a não efetivação das políticas públicas de saúde conjuntamente com o não acesso a política de educação. Sendo a gravidez na adolescência parte essencial da pesquisa é necessário compreender e analisar a realidade social a qual estas usuárias do Sistema Único de Saúde estão inseridas, sempre nos atentando para a realidade social esta que é dinâmica e mutável.

A hipótese vigente neste trabalho de conclusão de curso baseia-se em no fato que as políticas públicas para adolescentes que enfrentam a maternidade e a paternidade são configuradas de maneiras distintas, reforçando o patriarcado onde a responsabilização

⁵A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (Minayo, 1996. P.21 e 22)

da gestação recaí na maioria das situações sobre a menina, por vezes sendo excluído o debate e a centralidade da paternidade.

Scott (1995, p.24) aponta ainda que em certo sentido a história política foi encenada no terreno do gênero. É um terreno que parece fixado, mas cujo sentido é contestado e flutuante. Se tratarmos da oposição entre masculino e feminino como sendo mais problemática do que conhecida, como alguma coisa que é definida e constantemente construída num contexto concreto, temos então que perguntar não só o que está em jogo nas proclamações ou nos debates que invocam o gênero para justificar ou explicar suas posições, mas também como percepções implícitas de gênero são invocadas ou reativadas.

Ao longo dessa pesquisa social foi essencial traçar objetivos sendo cada etapa realizada com êxito, com alguns passos importantes e norteadores como a delimitação da relevância deste tema para o Serviço Social e do objetivo que se buscou alcançar com essa pesquisa sendo pensada e destinada a profissionais e estudantes de Serviço Social com o intuito de orientar acerca do tema durante a formação do estudante e no trabalho do assistente social, buscando com essa pesquisa analisar e identificar a importância e relevância da questão socioeconômica e as políticas sociais referentes a adolescentes e a gravidez neste período.

O assistente social em exercício se depara com adolescentes gestantes em vários espaços sociocupacionais seja no atendimento em centros de saúde, hospitais, tribunais de justiça, ministérios públicos, Centros de Referência de Assistência Social- CRAS, escolas, dentre tantos outros espaços, dessa maneira podemos apresentar o grau de relevância desse tema para estudo e debate entre assistentes sociais.

O grupo que foi analisado se referiu à adolescentes gestantes moradoras do Distrito federal, usuárias do Sistema Universal de Saúde. A coleta de dados aconteceu com base nos dados encontrados no site do DATASUS, sendo coletadas informações referentes a adolescentes que durante o ano de 2015 se tornaram mães e utilizaram-se do aparato público articulando os dados recolhidos e compilados com a análise de textos científicos, artigos, documentos e leis que tratem da temática da gravidez na adolescência.

A análise documental deu-se através da plataforma do DATASUS sendo indicado o quantitativo de adolescentes gestantes no ano de 2015 no Distrito Federal a faixa etária estava dividida da seguinte forma de 10 a 14 anos de idade e de 15 a 19 anos de idade. Desta forma ao coletar os dados se fez necessário realizar o seguinte recorte, instrução da mãe em relação à fase escolar, tipo de gravidez se era única, dupla ou tripla.

Esta pesquisa buscou de maneira categórica com base teórica relacionar a gravidez na adolescência e como se apresenta a discussão acerca de gênero, sexualidade e métodos contraceptivos, o papel da rede de apoio, como a paternidade na adolescência é configurada de maneira diferenciada as desigualdades sociais crescentes e presentes no Distrito Federal, evidenciado assim essa estreita relação que se apresenta por vezes como algo natural e imutável, buscando assim ampliar o debate na esfera acadêmica com estudos e pesquisas cada vez mais acentuadas e dialéticas que tratem do tema em questão.

3.2 Discussão

Nota-se que no ano de 2015 conforme a tabela 7 e 8 houveram 45,865 nascimentos. Entre esses 5.664 as mães possuíam idade entre 10 e 19 anos representando cerca de 12% dos nascimentos no Distrito Federal. Ainda que considerado uma porcentagem baixa é preciso inserir estas (es) adolescentes em programas, políticas e projetos que estimulem seu desenvolvimento biopsicossocial, dando providencias para que suas relações sociais não sejam afetadas de maneira negativa.

Tabela 7- Total de nascidos vivos com mães de todas as faixas etária no Distrito Federal em 2015.

Estado	Período	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	2015	Todas as faixas etárias	45.865
Total			45.865

Fonte: DATASUS, 2015

Tabela 8- Nascidos Vivos no Distrito Federal em 2015

Estado	Período	Idade da Mãe	Quantidade
Distrito Federal	2015	10 a 14 anos	207
Distrito Federal	2015	15 a 19 anos	5.458
Total			5.664

Fonte: DATASUS, 2015

Este percentual se comparado às demais regiões do Brasil caracteriza-se baixo, porém é necessário medidas que diminuam esses índices. Uma das formas de prevenção seria uma maior abertura nas falas e nos trabalhos das instituições de ensino sobre educação sexual, métodos contraceptivos, planejamento familiar, que apresente aos adolescentes maneiras de prevenção para que assim assuntos de cunho sexual não continuem como algo que não deve ser mencionado e estudado, devendo então a educação sexual se apresentar como uma prática educativa e não imbricada de moralismo.

Educação sexual deveria tornar-se, até onde possível, educação comum, cotidiana, seja em termos de disponibilidade de informações (sobre o corpo, diferenças de corpo, medicina higiene pessoal etc.). (DEMO 2004, p. 158)

Nota-se diante da pesquisa realizada que as principais políticas de saúde para adolescentes que se tornam pais e mães somente ganham visibilidade e destaque no cenário brasileiro somente após a promulgação da CF 88, sendo assim não incumbiu a este trabalho analisar as políticas programas e projetos que envolvem a temática no período ditatorial, Brasil colônia e império, podendo este trabalho ser um propulsor para que posteriormente seja avaliado em outros momentos acadêmicos.

No Brasil, ainda se observa a ausência de estudos que reconstituam os modos como foram concebidas as ações públicas destinadas aos jovens noséculo XX, embora, de modo geral, sejam perceptíveis algumas imagens, reiterando algumas das orientações latino-americanas. (SPOSITO e CARRANO 2003, p.18)

Segundo estudo realizado por (SPOSITO E CARRANO 2003). Durante a década de 1990 a 2002 foram identificados 33 programas e projetos federais voltados para a adolescência e juventude que eram ofertados por diferentes ministérios, sendo destacado que 18 programas eram qualificados como de pouca intensidade destinados a jovens, já os programas e projetos difusos entre crianças, adolescentes, jovens e adultos estimava-se 10, ainda contava com mais 5 programas destinados à população jovem que tinha caráter incidental.

A classificação permite intuir, também, a falta de consenso, no âmbito federal, sobre a necessidade da definição de políticas específicas e coordenadas para a juventude. O pouco acúmulo teórico sobre essa problemática se expressa na elaboração de significativo número de programas e projetos que se destinam indistintamente a crianças, adolescentes e jovens. (SPOSITO e CARRANO 2003, p.23)

Ao tratar da gravidez na adolescência faz-se necessário tratar de como foram impostas e estabelecidas às relações familiares na sociedade Brasileira. Ao tratar da temática sobre família é preciso a realização um recorte deste assunto tão vasto, complexo e caro a várias sociedades ocidentais, antropólogos e cientistas sociais.

O processo de construção do que se entende por família na contemporaneidade apresenta um caráter contraditório e multifacetado, pois cada órgão da sociedade a entende e interpreta de uma maneira diferente. Será abordado mais adiante a relação direta entre patriarcado, família monogâmica e status social. Porém se faz necessário buscar aspectos históricos científicos para entender como a família está situada e estruturada na sociedade brasileira.

Para além de estudar e avaliar a família enquanto um núcleo único é pertinente que esta se posicione e tenha direito à fala do que entende sobre família não somente em sua forma coletiva, mas também na individualidade e particularidade de cada indivíduo enquanto cidadão munido de direitos de expressão, estes que nem sempre são respeitados.

Nota-se que há uma intenção em separar os mais pobres da elite dominante, sobretudo os jovens. Observa-se que na atual conjuntura brasileira as diversas formas de

opressões que ocorrem dentro dos núcleos familiares, são mascaradas ou ainda estes núcleos são tidos como irregulares e desestruturados.

Ocorre uma convivência tensa entre a luta por uma nova concepção de direitos a essa fase de vida e a reiterada forma de separar a criança e o adolescente das elites do “outro”, não mais criança ou adolescente, mas delinquente, perigoso, virtual ameaça à ordem social. (SPOSITO E CARRANO 2003, p.20)

Situando-nos em períodos históricos na Barbárie (as relações monogâmicas não eram predominantes nas primeiras formas de sociabilidade humana) foi então que os indivíduos começaram a perceber a necessidade de organizar-se dentro da comunidade as quais pertenciam.

Para superar a barbárie a organização sexual foi vista como alternativa possível, com a organização comunal, ou seja, a mãe configura um papel central nessa sociedade. Com o aparecimento das primeiras formas de relações econômicas ainda que mínimas entre as diferentes gens existentes, houve assim uma competitividade por parte dos homens para conquistar as mulheres e obter certo status social.

Para a manutenção da sobrevivência humana há uma necessidade de troca, vale ressaltar que o dinheiro ainda não regia as relações sociais. É então que o homem começa a buscar alternativas como o trabalho a terra e os meios de produção, havendo assim um aumento da busca pelo poder. Com isso a mulher diminuiu seu poder na comunidade e na esfera privada as relações se tornaram menos poligâmicas e conseqüentemente mais monogâmicas, foi neste período que começaram a surgir os primeiros questionamentos acerca do patrimônio e da herança. Conclui-se então que a família monogâmica está posta na sociedade para a realização da manutenção da propriedade privada e da ordem, havendo relações de exploração dentro da vida privada.

No que concerne ao Brasil à formação da família se deu através de interesses econômicos com vista em ascender socialmente (FREYRE 2003) nos alerta para a importância de compreender a formação social do Brasil, abordando elementos importantes como a monocultura a família patriarcal e o período escravocrata e a forte relação entre homens brancos e indígenas. Dentro do sistema patriarcal não há uma distinção social grande entre adultos e crianças as crianças sofriam constantemente eram cruelmente castigadas e estigmatizadas.

No Brasil, a presença dos Jesuítas e da Igreja Católica influenciava diretamente nesses castigos, houve neste período uma construção e reprodução do poder autoritário por parte dos grandes senhores, nota-se que começam a surgir um processo intenso de urbanização e industrialização afetando e modificando as relações sociais entre as famílias e a sociedade.

Portanto, o jovem começa a se atentar e se envolver em debates antes postulados e centrados somente nos homens mais velhos considerados sábios, podendo neste momento notar-se um declínio do patriarcado. Para ter uma sustentação teórica e argumentos convincentes buscou-se a época estudos articulados por Max Weber, surgindo assim o pensamento de se organizar o sistema político brasileiro sistema este que somente quem fez parte foi a elite branca dominante da época excluindo-se os outros segmentos da sociedade brasileira.

Para concluir faz-se imprescindível colocar em debate a diferentes formas em que se configurou o processo histórico de formação de famílias brasileiras brancas e famílias negras, neste processo ficou nítido a perda da identidade das famílias sobretudo as famílias negras com processos de segregação e negação dos negros ao direito a uma família, a mulher escrava era submetida há uma dupla servidão e dominação sobre sua força de trabalho e sobretudo sobre seu corpo, por vezes nem vista como mulher e sim como mero objeto sexual.

A mulher trabalhadora em geral, realiza sua atividade de trabalho dentro e fora de casa, ou, se quisermos, dentro e fora da fábrica. E, ao fazê-lo, além da duplicidade do trabalho, ela é duplamente explorada pelo Capital, ao exercer no espaço público seu trabalho produtivo no âmbito fabril. Mas também no universo da vida privada, onde lhe é consumida horas decisivas no trabalho doméstico, possibilitando ao Capital, sua reprodução nessa esfera do trabalho não mercantil, criando-se as condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho de seus maridos, filhos/as e de si própria. (ANTUNES, 1999, p. 108-109).

De acordo com o (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE 2010. p.23) A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e

na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamadas a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Ainda de acordo com os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde (2014 p. 28) considera-se que o CÓDIGO DE ÉTICA da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

O assistente social assumindo o caráter investigativo e interventivo da profissão tem um papel fundante nas relações que se estabelece e permeia a partir da contradição capital trabalho, essas contradições podem ser evidenciadas em diversos âmbitos da vida em sociedade abalando desta maneira profundamente as relações sociais de seus membros. Segundo (COSTA 2000) a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso teve por objetivo final tratar de como a gravidez na adolescência, a maternidade e a paternidade resignificam as relações sociais das(os) adolescentes seja em âmbito familiar, ou escolar.

O ponto central desta discussão é mostrar como as políticas de saúde brasileiras se atentaram para as demandas que foram surgindo no Brasil sendo permeada por uma dinâmica capitalista densa de desigualdades de gênero, sociais, econômicas, culturais e regionais a partir da década de 1990.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal cerca de 20,1% da população é composta por adolescentes (10-19 anos), confirmando a importância de políticas públicas específicas a este grupo populacional.

Para a saúde pública, a gravidez na adolescência tem sido um desafio. Visto que muitas destas gestações terminam em abortos provocados, realizados em condições adversas, que evoluem com problemas obstétricos como hemorragia, infecção ou perfuração uterina, contribuindo para o aumento da mortalidade materna neste grupo etário. (BRASIL, 2017, p. 162)

É exposto como o conceito de adolescência tem se apresentado na atual conjuntura, sendo reiterado que a problematização que se faz em torno da adolescência geralmente é de cunho moral, variando de acordo com a classe social e com o gênero pertencentes.

No Brasil, para melhor mensuração dos dados e a comparação com os índices mundiais, tanto o Ministério da Saúde quanto as secretarias de saúde estaduais e municipais utilizam o padrão da OMS na coleta de seus dados.

Desta forma, nota-se que no início do primeiro capítulo estipulei que o conceito aqui a ser trabalhado seria do ECA, porem na hora de colher os dados nas plataformas públicas digitais o recorte de faixa etária estava dividido da seguinte forma de 10 a 14 anos de idade e de 15 a 19 anos de idade.

Assim, a família ao longo das décadas tem sofrido significativas alterações, no que concerne a sua forma de constituição e organização. Não sendo mais as famílias nucleares uma regra, alterando e modificando os papéis tidos como tradicionais.

Ainda que a atual conjuntura social de distanciamento e de banalização das relações sociais a família ainda é caracterizada como o eixo principal e norteador da sociabilidade do indivíduo. (HEILBORN 2002) aponta para o debate sobre o prolongamento da juventude que está associado à escolaridade do(a) adolescente e como os fatores econômicos e de classe social exercem forte impacto no modo estruturação das trajetórias escolares.

É necessária uma atenção redobrada para a importância da atuação do sistema escolar onde tem-se a premissa que este esteja comprometido em romper com os antagonismos existentes na sociedade, assim como, romper com as bases ultraconservadoras que sustentam e moldam as relações de poder no cenário nacional e internacional.

As carreiras escolares femininas revelam-se descontínuas e pontuadas por repetência. A tarefa de cuidar da casa e dos irmãos menores anuncia-se como uma razão importante, e exclusivamente feminina, para a evasão escolar. Entre os rapazes, a evasão escolar tende a ser definitiva e vinculada a necessidade de trabalhar para o seu sustento e dos demais familiares. (HEILBORN et al. 2002, p. 29)

Neste trabalho foi retratado como está estruturada a política de saúde no Brasil, mostrando especialmente como os principais programas e projetos foram desenvolvidos sobretudo a partir da CF 88, nota-se que apesar de no ano de 2015 a área da saúde receber o maior montante orçamentário, a precariedade do sistema seja no acesso a bens e serviços é alarmante, não sendo o usuário desta política universal condicionado a um tratamento digno e respeitoso.

É analisado ainda que a hipótese inicial se mostrou efetiva, portanto as políticas públicas de saúde para adolescentes são voltadas especialmente para as meninas, assim como os estudos científicos tem o foco na maternidade eximindo-se por vezes o papel da paternidade na adolescência, ao realizar a pesquisa documental com textos

acadêmicos, artigos, periódicos e programas e políticas nacionais pouco foi retratado as implicações e responsabilidades na vida do pai adolescente.

As tabelas serviram de base para identificar em quais localidades estavam mais presentes o fenômeno da gravidez entres adolescentes, ao analisar as tabelas destaca-se que a região brasileira com maior número de adolescentes que se tornaram pais e mães foi o sudeste, já a região centro oeste na qual pertence o Distrito Federal permaneceu em último lugar. Nota-se ainda que este trabalho não foi capaz de identificar as taxas de natalidade de cada região administrativa do DF.

Porém pesquisas diversas e futuras poderão se atentar para esta demanda específica, com campanhas que visem a educação sexual de adolescentes, estimulando a articulação o trabalho inter setorial, com práticas pedagógicas que estimulem o diálogo com a ruptura de tabus e moralismos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. Juventudes e Sexualidade. Universidade de Brasília: UNESCO Brasil. 2004.

AMORIM, Isabella Rodrigues, Escola, educação sexual e gravidez na adolescência. Brasília, 2015.

ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo. Boitempo. 2009

ARRETCHE, Marta. “Tendências no estudo sobre avaliação”. In: RICO, Maria Elizabeth. Avaliação de políticas: uma questão em debate. São Paulo, Cortez Editora & IEE/PUC-SP, 1988. Pp. 29-39

BORDIGNON, Simoní Saraiva et al. Paternidade na adolescência no contexto dos serviços de saúde, escola e comunidade. Florianópolis: [s.n.], 2014. 980 a 986 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00979.p

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2008.

BRASIL Lei Nº 6.202, de 17 de abril de 1975. **Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19701979/L6202.htm Acesso em 5 de setembro de 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Compilado. Acesso em 16 de agosto de 2016

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069 Compilado. Acesso em 15 de maio de 2016.

BRASIL. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm Acesso em 5 de setembro de 2017.

BRASIL. Manual de Procedimentos para Atendimento à Educação Infantil – Creche e Pré Escola (de 0 a 5 anos em tempo integral) em Unidades Escolares da Rede Pública e Instituições Conveniadas. Disponível em: http://www.cre.se.df.gov.br/ascom/documentos/public/manual_creche.pdf. Acesso em 19 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, Ministério da Saúde, 1993. 48 p. Cartilha

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf Acesso em 18 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Acesso em: 19 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** Bases Programáticas. 2a Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. p. 32. Acesso em 19 de novembro.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2015. Brasília, 2014.

BRAVO. Maria Inês Souza “**As Políticas de Seguridade Social Saúde**”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001

CISNE, Mirla. **Marxismo: Uma teoria indispensável à luta feminista.** Disponível em:<<http://www.unicamp.br/cemarx/ANAIIS%20IV%20COLOQUIO/comunica%E7%F5es/GT4/gt4m3c6.PDF>>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

CISNE. Mirla. **GURGEL.** Telma. **Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres.** Ser Social. Brasília, v.10, n.22. 2008

CISNE, Mirla. Relações Sociais de Sexo, “RAÇA”/ETNIA E CLASSE: Uma Análise Feminista-Materialista. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 133-149, jul./dez. 2014.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXI, n. 62, mar. 2000. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf . Acesso em: 05 out. 2017.

DEMO, Pedro. Introdução e Débito Social da Ciência, In: Metodologia Científica em Ciências Sociais.3.ed. São Paulo: Atlas, 1995. P. 11-40

DEMO, Pedro. Sociologia da Educação: sociedade e suas oportunidades. Brasília: Plano editora, 2004. P.184

FREYRE, Gilberto. Casa Grande & Senzala. 48ª Ed. São Paulo: Global Editora,

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques, Aspectos teóricos metodológicos da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Maria Ozanira Silva e (ORG). Avaliação de Políticas e programas sociais teoria e prática. São Paulo: Vozes, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, junho de 2002

História da Instituição <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/264-regional-de-saude-da-asa-sul.html>. Acesso em 08 de dezembro de 2017.

IANNI, Octávio. A construção da categoria, Campinas, abril de 2011. Revista HISTEDBR On-line, p.397-416.

LESSA, Sérgio. Abaixo a família monogâmica. 1ª Edição. Instituto Lukács, São

MINAYO, Maria Cecília. Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade. 6ª ed. Editora Vozes. Petrópolis. 1996

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. RevEscEnferm USP, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015> Acesso em 13 de setembro de 2017.

MOTA, Ana. Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: _____. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007
http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/sumario.htm Acesso em 20 de Julho de 2016.

OLIVEIRA. Débora Regina de. MIGUEL Ana Silvia Bergantini. A nova concepção de creche pós-LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional–Lei nº 9.394/96). Disponível em
<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/21112012211307.pdf> Acesso em 19 de agosto de 2017.

ORLANDI. Renata e TONELI. Maria Juracy. Adolescência e paternidade: Sobre os direitos de criar projetos e procriar. Maringá, v. 13, n. 2, p. 317-326, abr./jun. 2008

Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de SAÚDE. Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. CFESS, Brasília, 2014. Disponível em
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em 23 de Julho de 2017.

Paulo, 2012.

PENSESUS- Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais> Acesso em 25 de novembro de 2017.

PEREIRA. Lucélia luiz. Repercussões do programa mais médicos em comunidades rurais e quilombolas. Brasília 2016. Acesso em 19 de novembro de 2017.

Política social, trabalho e democracia em questão/ Potyara Amazoneida P. Pereira [et al.] (organizadora). – Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós- Graduação em Política Social (PPGPS), Departamento de Serviço Social, 2009

Realidade, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/291769/mod_resource/content/0/G%C3%AA

SAFFIOTTI, Heleieth. Gênero, Patriarcado e violência (2004).

SCALON, Celi. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, 2011, n. 1, p. 49-68

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educação & Realidade, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/291769/mod_resource/content/0/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

SEDESTMIDH Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social. Benefício Auxílio Natalidade. Disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/paif/beneficio-eventual-natalidade.html> Acesso em 29 de novembro de 2017.

SILVA, Maria Ozanira Silva e (Org.). Avaliação de Políticas e programas sociais teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da área de Políticas Públicas: Conceitos e principais Tipologias. XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS), Caxambu, 21-25 de outubro de 2003.